

様式第1号（第4条関係）

石井町個人事業主等に対する新型コロナウイルス感染症傷病見舞金申請書

被 保 険 者 情 報	被保険者証 記号・番号		世帯主氏名		
	(フリガナ) 氏 名		生年月日	年 月 日	
	住 所	石井町			
振 込 先	金融機関 名 称	銀行・金庫 信組・農協 その他 ()	本店・支店 出張所・本店営業部 本所・支所 その他 ()		
	預 金 別	普通・当座	口座番号		
	(フリガナ) 口 座 名 義				
確 認 欄	<input type="checkbox"/> 事業所得等により生計を立てている <input type="checkbox"/> 感染症に感染した日において石井町の国民健康保険又は後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険税及び後期高齢者医療保険料に滞納がない <input type="checkbox"/> 他の傷病手当金の対象でない				
上記のとおり申請します。 なお、審査等により傷病手当金が過払いとなった場合は、返還することに同意します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 住 所 事業主氏名 電話番号 () <div style="text-align: right;">石井町長 殿</div>					

【受取代理人の欄】（事業主以外の方が受給する場合は、記入が必要です）

事業主	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	氏名	住所	年 月 日
代理人	住所	事業主との関係	
(口座名義人)	(フリガナ) 氏名		

(添付書類)

- ・個人事業主等であることが分かる書類（確定申告書の控え等）
- ・新型コロナウイルス感染症に感染したことにより、療養が必要であったことを確認できる医療機関等の診断書（任意様式）
- ・通帳（名義・番号等の確認が出来る頁の写し）